

【定期健康診断申込書】

事業所名		保険証記号	
住所	〒		
電話番号	Tel ()		

支払方法	
	振込み
	当日支払
	一括窓口支払

社会保険中央総合病院
 健康管理センター
 Tel 03(3364)0251
 Fax 03(5330)2516

振込み手数料は事業所負担
 となります

保険番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	コース	自宅住所・電話番号	希望日(第1・2)	
						/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/
		男 ・ 女	T・S . .	A . B	〒 ()	/	/

* 定期健康診断は月・火・水・金の午後1時~2時の受付となります。